

AUDIOCENTER : Centres audio-prothétiques *

*



Relecture A1 non encore effective pour cette page. En attendant, vous pouvez poser toute question sur le [forum](#).

Fonctionnalités

Cette extension permet de générer des devis, factures, bons de réservation adaptés à l'activité des centre d'audio-prothèses.

Il permet également de générer des feuilles de soin sur le CERFA 11389*05

Paramétrage

Installations

Il faut installer dans le répertoire des ressources (C:\Users\[nom de l'utilisateur windows]\AppData\Roaming\GESTAN) les éléments suivants :

- la bibliothèque AUDITION_CENTER.wdl
- l'état Etat_FAC1_AC.wde

Une fois installé, déclarez l'état de remplacement Etat_FAC1_AC.wde comme ci-dessous.

Paramètres complémentaires

Paramétrage fenêtres de remplacement

Prendre en compte les fenêtres de remplacement

États de remplacement

Etat Devis	Etat_FAC1_AC.wde 1	Etat Dem prix	
Etat Commande		Etat Cde four	
Etat Facture	Etat_FAC1_AC.wde 2	Etat Fact four	
Etat Avoir	Etat_FAC1_AC.wde 3	Etat BRéception	
Etat BLivraison	Etat_FAC1_AC.wde 4	Etat Fiche inter	

Écrans de remplacement

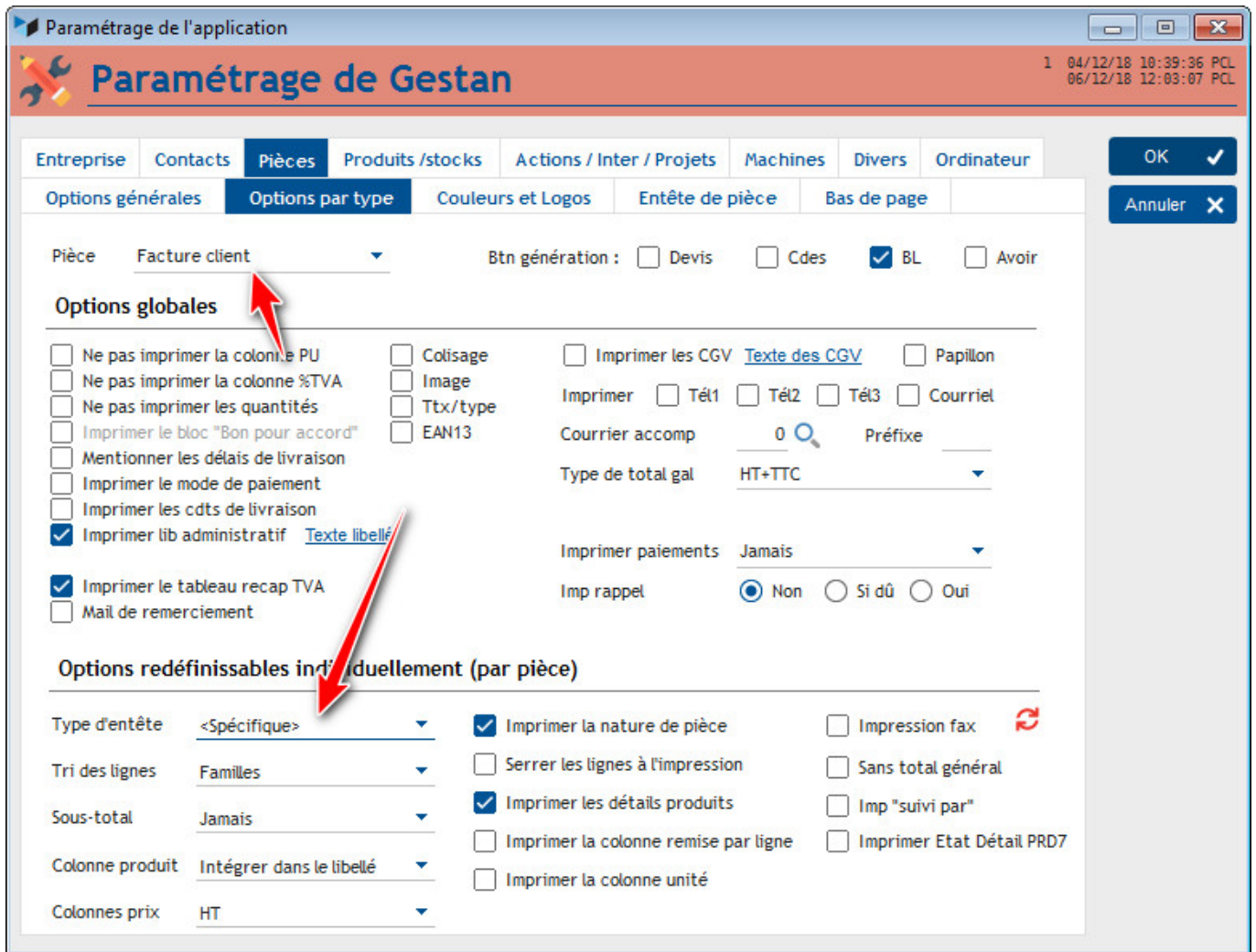
Table CONTACT		Fiche INTER	
---------------	--	-------------	--

Onglets "Spécial" supplémentaire

FI Contact fiche		FI Produit fiche	
FI Contact table		FI Machine fiche	

Valider ✓ Annuler ✕

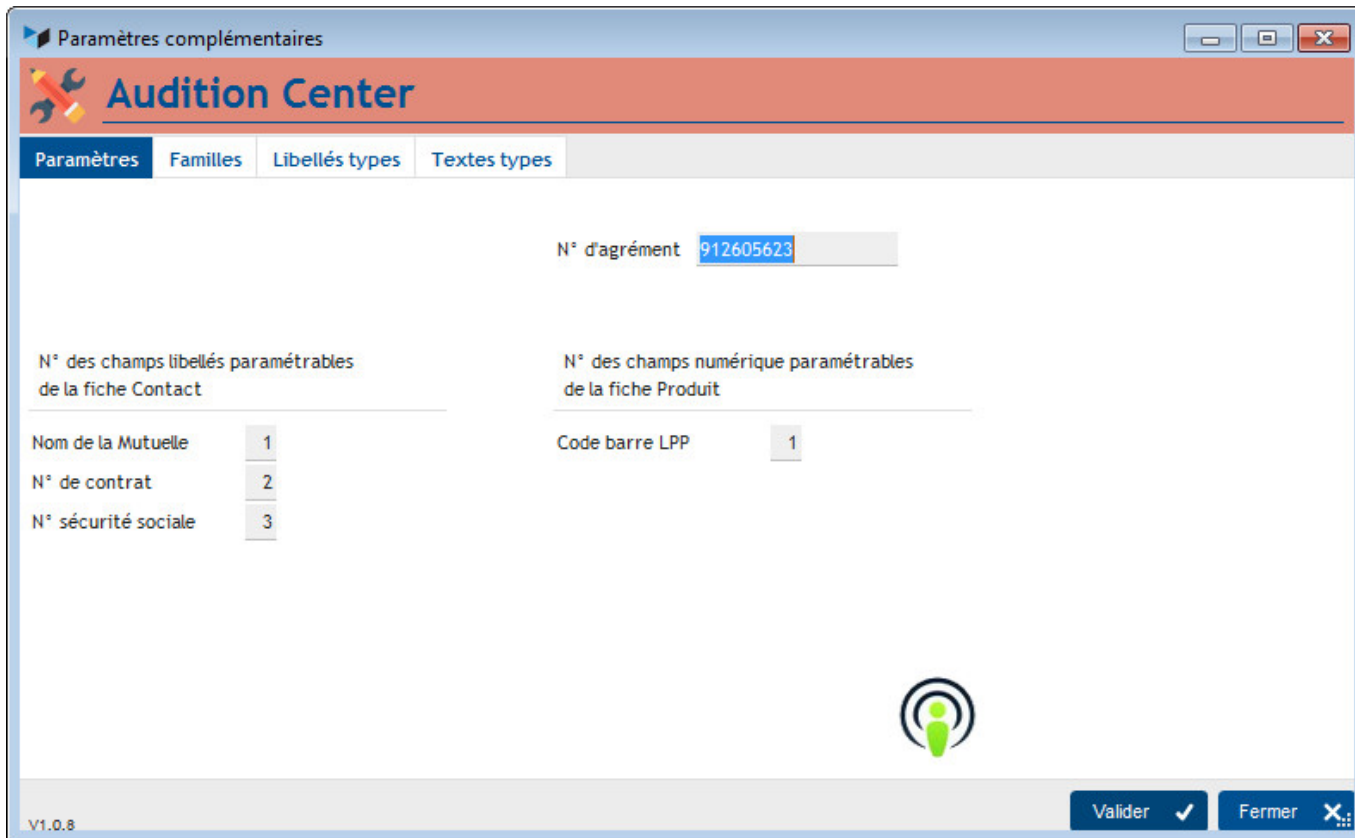
Puis indiquez la prise en compte de l'état de remplacement dans le paramétrage, pour les pièces devis, facture, avoir, bon de livraison.



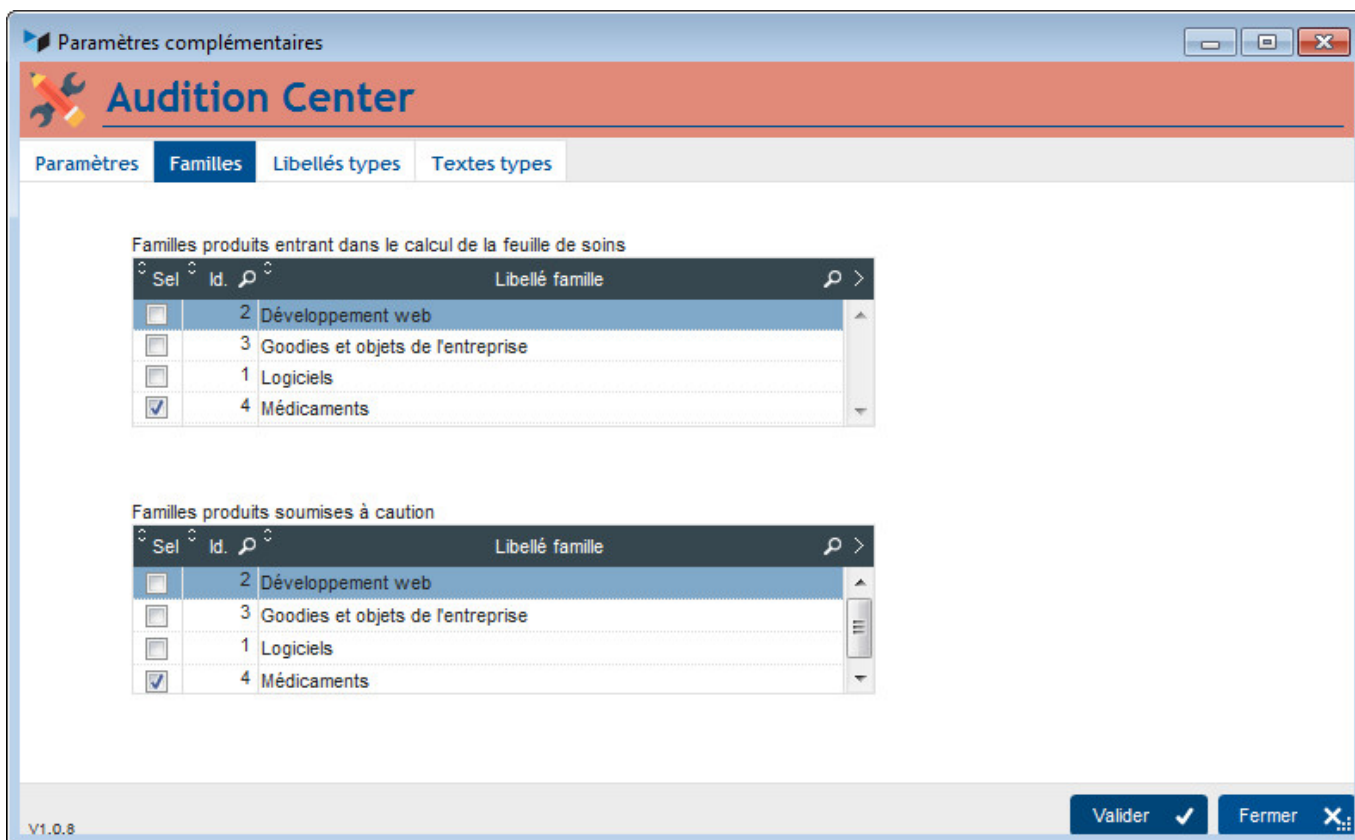
Paramétrage de l'addon

Le paramétrage de l'addon est alors accessible via le menu Outils.

Les écrans de paramétrage permettent d'indiquer les éléments suivants :



- les n° des champs paramétrables qui permettront de stocker des données complémentaires CONTACT.



- les familles de produits concernées

Paramètres complémentaires

Audition Center

Paramètres Familles Libellés types Textes types

Gtie contractuelle
Toutes nos aides auditives bénéficient de la garantie fabricant de 2 ans.

Extension gtie
Extension de garantie 2 ans supplémentaires : 20 € / aide auditive.

Période d'essai
Essai gratuit et sans engagement de 4 à 5 semaines.

Rbt sécurité sociale
Base de remboursement de la sécurité sociale (adulte) : 199,71 € / appareil

Rbt conventionné
Remboursement conventionné (60%) : 119,83 € / appareil.

Rbt mutuelle
Remboursement mutuelle selon votre contrat.

V1.0.8 Valider ✓ Fermer ✕

- les messages-types des pièces (partie 1)

Paramètres complémentaires

Audition Center

Paramètres Familles Libellés types Textes types

Arial 8 G I S abc A

Le Client devra laisser un chèque de caution d'un montant de %MT_CAUTION% € (100% du prix des aides auditives) contre remise de l'appareillage ; ce chèque lui sera restitué si l'essai est infructueux.

Caution BR
Le client reconnaît être dépositaire de son équipement auditif pendant toute la durée de l'essai et, à ce titre, en être responsable en cas de perte, vol ou détérioration. En cas de perte, vol ou détérioration, la caution sera conservée par le centre de correction auditive.

Texte bas de pièce
L'adaptation de vos aides auditives pendant la période d'essai comprend :
- l'observation de vos conduits par otoscopie,
- le contrôle de votre audition par audiométrie,
- les réglages de vos aides auditives en fonction de vos besoins et de vos commentaires,
- la fourniture gracieuse des consommables nécessaires au bon fonctionnement de vos aides auditives.

V1.0.8 Valider ✓ Fermer ✕

- les messages-types des pièces (partie 2)

Champs complémentaires

Via le menu de gestion des champs complémentaires, paramétrez les champs complémentaires Contact et Produit comme suit (en cohérence avec la paramétrage de l'addon. Ici, nous avons déclaré les champs complémentaires 1, 2, et 3 pour le client, et 1 pour les produits) :

Zones texte		Zones numériques		Zones date		Zones combo	
Lib 1	Mutuelle ①	Lib 1		Lib 1		Lib 1	
Lib 2	N° contrat ②	Lib 2		Lib 2		Lib 2	
Lib 3	N° SS ③	Lib 3		Lib 3		Cbo 1	
Lib 4		Lib 4		Lib 4		Dte 1	
Lib 5		Lib 5		Lib 5		Bool 1	

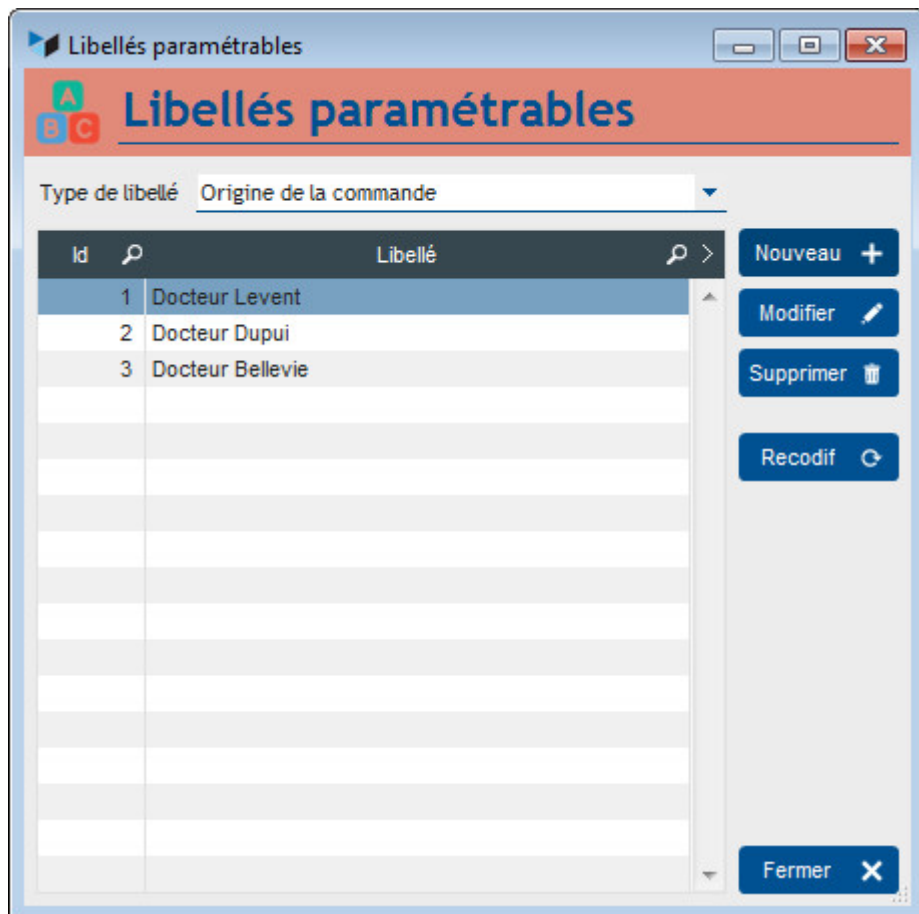
Cela vous permettra de saisir ces données complémentaire pour chaque contact et pour chaque produit, de la manière suivante :



Données spécifiques

Les données concernant les praticiens habituels seront stockées via le fichier des libellés paramétrables, en remplacement de l'origine des commandes.

Codifiez les libellés de la manière suivante : le nom du praticien, suivi de son n°, séparés par un dièse (#).



Utilisation

Édition des pièces

Vous pouvez faire des devis, factures, avoirs et bons de livraison normalement avec Gestan.

Quand vous demanderez l'impression des documents, un écran supplémentaire va s'afficher, vous demandant les données spéciales concernant la pièce.

Par exemple, voilà ce que cela donne pour un devis :

AUDITION CENTER - Edition d'un devis

Client	M. James LUSK , 75011 PARIS 11		Montant TTC	10,00	
<input checked="" type="checkbox"/> Mutuelle	La mutuelle de la vie	N° contrat	040707480458	RO	0,00
<input checked="" type="checkbox"/> N° sécu	1850651108115			RC	0,00
<input checked="" type="checkbox"/> Prescripteur	Docteur Dupui	Ordonnance du	06/12/2018	Reste à charge	10,00

Imprimer le nom du client (signature)

Toutes nos aides auditives bénéficient de la garantie fabricant de 2 ans.

Extension de garantie 2 ans supplémentaires : 20 € / aide auditive.

Essai gratuit et sans engagement de 4 à 5 semaines.

Base de remboursement de la sécurité sociale (adulte) : 199,71 € / appareil

Remboursement conventionné (60%) : 119,83 € / appareil.

Remboursement mutuelle selon votre contrat.

Le Client devra laisser un chèque de caution d'un montant de %MT_CAUTION% € (100% du prix des aides auditives) contre remise de l'appareillage ; ce chèque lui sera restitué si l'essai est infructueux.

L'adaptation de vos aides auditives pendant la période d'essai comprend :

- l'observation de vos conduits par otoscopie,
- le contrôle de votre audition par audiométrie,
- les réglages de vos aides auditives en fonction de vos besoins et de vos commentaires

Type d'appareil

Intra-conduit
 Contour
 Mini-contour à écouteur déporté

Oreille(s) appareillée(s)

Droite
 Gauche
 Les deux

Modèles de piles

Lorsque vous demanderez l'édition, un devis spécial sera édité, comprenant ces données spéciales, qui seront mémorisées dans les annotations complémentaires de la pièces.

Voici le résultat (les mentions, textes, etc, sont purement fantaisistes)

Devis	Facture	Bon de réception	Avoir
x	x	x	x

Édition des feuilles de soins

Le menu "Suivi clients > Feuilles de soin" permet d'afficher la liste des factures validées et déjà complétées avec les données spécifiques.

Edition des feuilles de soins

N° facture: 7 du 06/12/2018

Prescripteur: Docteur Dupui Date prescription: 06/12/2018

Patient

Nom Prénom: M. James LUSK

N° SS: 1850651108115 Date de naissance:

Assuré

Nom Prénom: M. James LUSK

Adresse:

N° SS: 1850651108115

Sel	Quantité	Désignation
<input checked="" type="checkbox"/>	1,00	COMMANDE 7 - DEVIS 2 - Gestanprane

Imprimante: Microsoft XPS Document Writer

Bac: Sélection automatique Copies: 1 Préimprimé Avec Sté

Imprimer Annuler

Voilà le résultat :



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement

feuille de soins pharmacie ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

7

date 06/12/2018

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom **M. James LUSK**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation **1 85 06 51 108 115**

date de naissance J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom **M. James LUSK**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation **1 85 06 51 108 115**

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

ICS-Informatique
88 avenue des Ternes
75017 PARIS
Tél: 01-86-95-05-87
Agrément : 912605623

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **Docteur Dupui**

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 06/12/2018 M A A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "2")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD action de prévention autre

accident causé par un tiers : non oui date J J M M A A A A

AT/MP numéro ou date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarif: 1,00 COMMANDE 7 - DEVIS 2 - Gestanprane



imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros **10,00**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

IMP COSTE AUBENAS

FSPHF 10-2014 S3115h

Versions

Version	Date	Description
15.25.00	16/06/21	Recompilation WD 25 et ajout paramètre factur-X
3.15.04.06	...	
1.0.8	04/02/17	Police taille 8 pour libellés bas de page - Baisse taille étiquette bas gauche
1.0.5	24/01/17	Correction pb compilation - Diminution police mention bas de page
1.0.4	20/01/17	Compilation avec n° de version



Autres articles "Extensions"

[CAISSEACT Caisse tactile \(paramétrage\) *](#)
[CAISSEACT Caisse tactile \(Utilisation\) *](#)
[CARNEDBOR : Carnet de bord véhicule](#)
[CERFA : Génération de CERFAs](#)
[CHRONSTAT : Séries statistiques liées au temps](#)
[COMMISSIONSCO : Commissions commerciales](#)
[CYBERBANQUE : Intégration fichiers bancaires](#)
[DEV : Développements \(informatiques\)](#)
[DRM : Déclaration Récapitulative Mensuelle](#)
[ETATSPE_ICS : États spécifiques](#)
[ETIQSPE_ICS : Étiquettes spécifiques](#)
[ETIQUEXPED : Étiquettes d'expédition](#)
[FACTURETTE : Génération de facturettes](#)
[Fiche d'intervention spécifique 01](#)
[INTEROR : ordres de réparation \(OR\)](#)
[INTERWEB : Gestion web des interventions * *](#)
[OBJVENTE : Objectifs de vente](#)
[PREPBON : Bons de préparation](#)
[PROPALE : génération de propositions commerciales *](#)
[PROSPECTS : Gestion des prospects](#)
[PROSTEP : Étapes de prospection](#)
[RELAUTO : Relance automatique de facture en masse](#)
[SAVTICKET: Tickets de SAV](#)
[SCAN : Scanner un code barre](#)
[SIGNATURE : signature électronique des devis](#)
[URSSAF: Avance de crédit d'impôts](#)
[WISHLIST : Liste de courses](#)

From:
<https://manuel.gestan.fr/> - **Le manuel de Gestan**

Permanent link:
<https://manuel.gestan.fr/fr/addonsnonmigre/audiocenter>

Last update: **2025/06/24 21:05**